

様式第1号（第5条関係）

診 断 書

|              |                        |      |              |              |       |      |    |  |  |
|--------------|------------------------|------|--------------|--------------|-------|------|----|--|--|
| 氏 名          |                        |      |              | 生 年 月 日      | 年 月 日 |      |    |  |  |
| 傷 病 名        |                        |      |              | 負傷発病年月日      | 年 月 日 |      |    |  |  |
| 障害の部位        |                        |      |              | 初診年月日        | 年 月 日 |      |    |  |  |
| 既往症          |                        | 既存障害 |              | 治ゆ年月日        | 年 月 日 |      |    |  |  |
| 療養の内容及び経過    |                        |      |              |              |       |      |    |  |  |
| 障害の状態の詳細     | (図で示すことができるものは図解すること。) |      |              |              |       |      |    |  |  |
| 関節運動範囲       | 種類範囲                   |      |              |              |       |      |    |  |  |
|              | 部位                     |      |              |              |       |      |    |  |  |
|              |                        | 右    |              |              |       |      |    |  |  |
|              |                        | 左    |              |              |       |      |    |  |  |
|              |                        | 右    |              |              |       |      |    |  |  |
|              |                        | 左    |              |              |       |      |    |  |  |
| 上記のとおり診断します。 |                        |      |              |              |       |      |    |  |  |
| 年 月 日        |                        |      | 病院又は<br>診療所の | 郵便番号         | 所在地   | 電話番号 | 局番 |  |  |
|              |                        |      |              | 診療担当者<br>氏 名 |       |      |    |  |  |